

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES ABCÈS DE LA LANGUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Novembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul MAITREROBERT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 14 Septembre 1903 OFFLANGES (Jura)



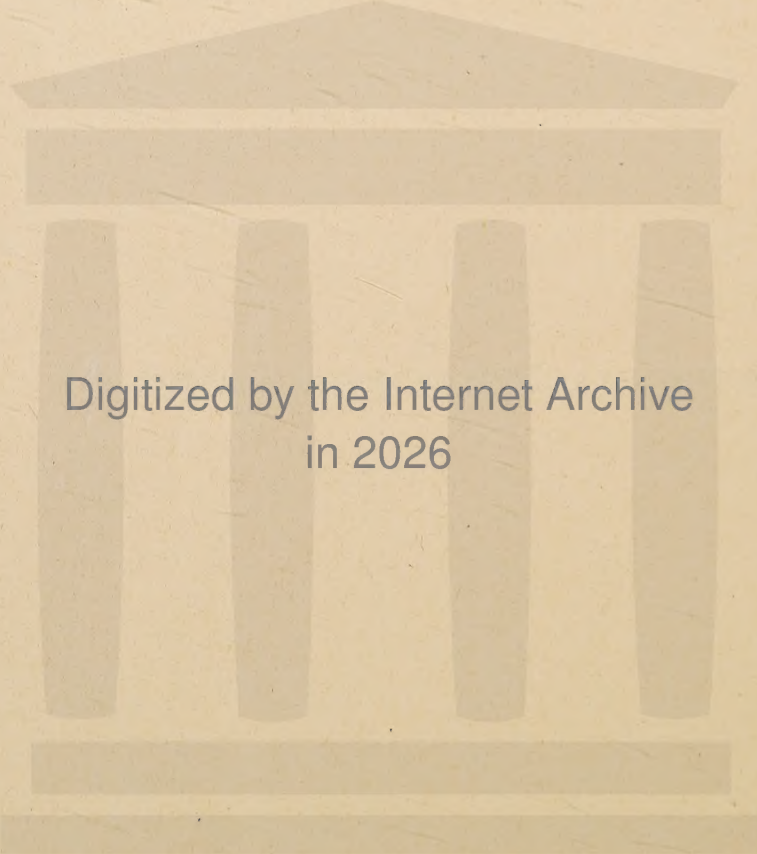
LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE des ABCÈS de la LANGUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ABCÈS DE LA LANGUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 29 Novembre 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul MAITREROBERT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 14 Septembre 1903 OFFLANGES (Jura)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales		PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements		TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes		LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires		VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie		COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET.
Chimie biologique et médicale		NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		BRETIN.
Histologie		GUART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales		DOYON.
Anatomie pathologique		X.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		X.
Hygiène		PATEL.
Thérapeutique, hydrométrie et climatologie		ARLOING (F.).
Pharmacie		ETIENNE MARTIN.
		COURMONT (P.).
		SAVY.
		LEULIER.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de	Pathologie externe	MM. VALLAS.
—	Prépédestique de gynécologie	CONDAMIN.
—	Chimie minérale	BARRAL.
—	Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	DUNET.	DUFOURT.
TRILLAT.	FAVRE.	CHALIER (André).	GABRIELLE.
SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	MANCEAU.
FLORENCE (G.).	RHENTER.	NOEL.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	MAZEL.	CHEVALIER.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	SANTY.	DUMAS.	WERTHEIMER.
		DEVIC.	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE



MM. LANNOIS, président ; PATEL, assesseur
 BONNET et CHALIER A., agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNOIS
*Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique,
Officier de la Légion d'honneur.*

Nous l'assurons de notre profond respect et de notre reconnaissance pour l'accueil bienveillant que nous avons toujours reçu dans son service, et pour l'honneur qu'il veut bien nous faire en présidant cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. GAILLARD
*Ex-interne des Hôpitaux,
Ancien Chef de Clinique oto-rhino-laryngologique*

Nous lui devons tous nos remerciements pour l'aide qu'il ne nous a pas ménagée, tant au cours de nos études que de l'élaboration de ce travail qu'il nous a confié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. MICHON
*Ex-interne des Hôpitaux,
Ancien Chef de Clinique gynécologique.*

Il fut assez aimable pour nous communiquer ses travaux personnels et nous aider de ses conseils.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ C. DUNET
Chevalier de la Légion d'honneur.

Auquel nous nous sommes permis de faire de nombreux emprunts.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Introduction

Si l'on en juge par les nombreuses observations dont s'est enrichie de tout temps la littérature médicale, les abcès de la langue ne présentent pas un caractère d'exception. Aussi n'aurons-nous pas la prétention de faire une œuvre originale.

Cependant, en étudiant le chemin parcouru jusqu'à ce jour, il nous a paru intéressant de réunir, à l'occasion de quelques observations recueillies dans la région lyonnaise, quelques données cliniques éparses en un tableau général de pratique journalière.

La question est certes connue; nombreux ont été les cas publiés et il semble bien qu'ils pourraient l'être plus encore. Il ressort cependant de l'étude attentive de nombreux cas que, soit par hésitation sur le geste à faire, soit même faute d'un diagnostic précis, d'assez nombreux praticiens hésitent à assurer eux-mêmes la suite d'un traitement et à prendre sur eux la responsabilité d'une intervention dans bien des cas aussi aisée qu'indispensable.

Quoique tous les abcès de la langue reconnaissent les mêmes *données étiologiques*, ces lésions se présentent sous deux formes différentes qui, cliniquement, pourraient paraître sans liens, tant sont grandes leurs dissemblances. Ce sont les *suppurations superficielles*, bénignes par elles-mêmes et par leurs conséquences et les *collections suppurées profondes*, enkystées, susceptibles d'entraîner, si elles sont livrées à elles-mêmes, des complications alarmantes, graves, voire fatales.

Cette distinction n'est pas purement clinique; elle s'explique objectivement par la *constitution anatomique* de l'organe, et les différences séparant les deux formes créent évidemment pour chacune d'elles un aspect *anatomo-pathologique* particulier et une *symptomatologie* spéciale. Nous le montrerons aussi clairement que possible en étudiant parallèlement ces deux sortes de lésions.

Nous étudierons quelle peut être l'*évolution* de chacune d'elles, en insistant sur la gravité possible si un *diagnostic* précoce n'est pas fait et sur les complications qu'elles peuvent entraîner.

Un *traitement* chirurgical rapide s'impose en effet; toujours nécessaire, à indication formelle et urgente, surtout pour les abcès profonds où il est d'ailleurs d'une exécution plus délicate.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Pour ne point faillir à une vénérable tradition, nous ne saurions commencer notre étude sans invoquer Hippocrate, Arétée et Gallien qui apportèrent en leur temps leur contribution à l'étude des abcès de la langue. Nous n'avons pas l'intention de détailler tous les travaux, études ou mémoires qui depuis lors parurent sur la question; nous nous contenterons de retracer à grands traits les étapes de nos connaissances actuelles. Pour trouver quelque intéressante tentative de synthèse de la question, il nous faut dépasser Ambroise Paré et même tout le XVIII^e siècle où nous ne pourrions rencontrer que des faits isolés, sans cohésion et surtout rapportés à des données étiologiques curieuses qui, actuellement, paraissent quelque peu fantaisistes.

En 1817, Breschet et Finot posent les premiers quelques considérations étiologiques et même anatomo-cliniques dans le Dictionnaire en 60 volumes.

Le xix^e siècle nous apporte toute une série de faits cliniques dont quelques-uns entraînèrent même des discussions pathogéniques et thérapeutiques. Nous ne ferons que citer les noms de : Maisonneuve. Chassaignac, Clarke, Butlin, Guéneau de Mussy. C'est alors l'époque d'apparition d'études importantes faisant l'objet de thèses et d'articles de traités classiques.

Parmi les premières, nous citerons celles de Caulier : « De la Glossite profonde aiguë » (1884), de Thiébaud : « Etude sur la glossite parenchymateuse aiguë » (1894), Saentz, Duperrier : « De la glossite profonde aiguë ».

Dans les traités classiques, Kirmisson, dans son Manuel de Pathologie externe; Broca, dans le Traité de Duplay et Reclus; Morestin, dans celui de Le Dentu et Delbet; Lenormant, dans le Traité de Pathologie chirurgicale, y consacrent des chapitres approfondis.

La première étude histologique fut faite par *Sabrazès et Bousquet* en 1897.

Nous arrivons enfin à l'époque contemporaine avec les travaux de Morestin, Princeteau, Combiér et Murard, un travail lyonnais de MM. Dunet et Michon, les travaux de Cuvillet et Quirin, Texier et Lévesque, Wilensky et Harkawy, Louis Rimaud ; enfin nous rapportons des cas étudiés tout récemment par M. le Docteur Michon. puis par MM. Dunet, Barbier et Pouzet.

CHAPITRE II

Etiologie

La glossite parenchymateuse aiguë peut avoir diverses évolutions, suivant la virulence de l'infection et la résistance de l'organisme : elle peut ou se résoudre ou aboutir à la gangrène ou à la suppuration. Dans ce cas se formera un abcès de la langue. Cet abcès, étant l'expression terminale de la glossite parenchymateuse aiguë, reconnaîtra la même étiologie.

Cette affection, assez rare, s'observe beaucoup plus dans les campagnes que dans les villes; ordinairement chez des adultes, exceptionnellement chez des vieillards et des enfants.

Les anciens auteurs attachaient une grande importance étiologique à la variole et à la stomatite due à la médication mercurielle. A l'heure actuelle, cette notion n'a plus guère qu'un intérêt historique, depuis que la variole a presque complètement disparu et

que le mercure est donné avec « mesure, prudence et humanité ». (Morestin).

Outre le froid, « facteur complaisant », invoqué dans l'étiologie de bien d'autres affections, nous relevons différentes diathèses : goutte, diabète parfois trouvées dans les antécédents des malades et qui, si elles peuvent être un facteur adjuvant, semblent avoir été parfois considérées un peu à la légère comme la cause réelle de l'abcès lingual.

Une place à part doit cependant être faite au diabète qui, favorisant toutes les infections, facilite la production de la suppuration linguale mais au même titre que les autres suppurations.

Plus probable et plus réelle paraît l'action des infections générales : fièvre typhoïde, scarlatine, oreillons, paludisme, fièvre puerpérale; ces différentes maladies donnent souvent des manifestations buccales : amygdaliennes, linguales, gingivales et semblent favoriser beaucoup l'apparition de la glossite puis l'abcès qui est sa complication, en augmentant la septicité du milieu buccal. Cette septicité paraît bien être en effet à la base de tous les accidents observés, car, outre les infections dues à des maladies générales dont nous venons de parler, en examinant attentivement la bouche, on trouve dans de très nombreux cas la coïncidence d'une angine avec le début de la glossite, comme dans une observation que nous rapportons; ou plus fréquemment des dents en mauvais état, cariées, mal entretenues, des dépôts tartriques, en somme un foyer d'infection dans la cavité buccale.

Le traumatisme, ouvrant alors une porte d'entrée aux microorganismes, déclanche l'infection linguale. Le traumatisme est, en effet, un facteur primordial; on le relève dans un tiers des cas environ. Dans une observation, nous notons que la langue a été traversée de part en part par une barbe d'épi de seigle, il en est résulté un gros abcès de la base; dans d'autres observations, nous relevons des piqûres par arêtes de poisson, par fragments d'os, appareils de prothèse, des érosions produites par des chicots. Moins fréquents sont les abcès consécutifs à une morsure de la langue, il en existe cependant quelques cas. Encore moins fréquemment, le traumatisme en cause est une brûlure. Le fait a cependant été observé quelquefois en Angleterre à la suite d'absorption de thé brûlant.

Il est vrai que souvent on ne trouve aucune notion étiologique nette, aucun traumatisme, mais on peut supposer que, dans ces cas, il existe cependant, minime et inaperçu. La déglutition d'aliments durs, mal mastiqués, peut par exemple produire des éraillures de la muqueuse linguale suffisantes pour permettre la pénétration des germes septiques et qui, cependant, ne seront pas révélées par l'examen le plus attentif.

Quoique très important, le traumatisme n'est cependant pas indispensable, car la langue présente de nombreux orifices et diverticules glandulaires s'enfonçant profondément en plein parenchyme, portes d'entrée naturelles ouvertes à l'infection. En outre, il est des cas, dit Morestin, où les microbes de la flore

buccale atteignent une virulence particulière et où l'épithélium lingual, profondément modifié, n'est plus « qu'une barrière insuffisante » aisément franchie.

Ces conditions se rencontreraient en particulier dans la variole, la fièvre typhoïde et la rougeole.

Morestin admet aussi la possibilité de l'apport des microbes dans la langue par voie sanguine.

On peut rapporter à titre de curiosité les cas de deux hommes observés par Ambroise Paré, qui contractèrent une glossite mortelle pour avoir bu du vin où avaient infusé des feuilles de sauge souillées de bave de crapaud. De même ce jeune berger qui, à la suite d'un pari, macha un crapaud vivant et vit sa langue enfler démesurément. Non moins singulière est l'observation rapportée par Morestin d'une femme dénuée d'intelligence qui voulut faire prendre dans sa bouche à une vipère apprivoisée un morceau de biscuit; l'animal « laissa le biscuit et mordit la langue ; cette morsure occasionna une glossite intense et fort grave dont la malheureuse fut cependant guérie ».

CHAPITRE III

Notions anatomiques

Support anatomique des éléments du goût, la langue, organe musculaire, joue un rôle important dans la mastication, la déglutition, la succion et la phonation. Située immédiatement en avant de la région pharyngienne, elle occupe à l'état normal toute la cavité buccale.

On s'accorde pour distinguer dans la langue deux portions : une portion libre ou portion mobile, et une portion fixe ou racine de la langue.

Mais du point de vue qui nous occupe, nous devons différencier avant tout deux parties histologiquement très différentes :

1° Une *couche superficielle*, constituée par la muqueuse recouvrant un plan de tissu conjonctif;

2° Une *masse centrale* musculaire, composée de dix-sept muscles.

Ces deux parties sont séparées en arrière par la

membrane hyo-glossienne, formation membraneuse qui, disposée dans le sens frontal, s'insère sur le bord supérieur du corps de l'os hyoïde et présente un bord libre sous la muqueuse de la base. Dans la portion libre, muscles et muqueuse sont plus ou moins isolés par un renforcement du tissu cellulaire du derme qui s'individualise et porte le nom de *fascia lingual*.

La muqueuse, surtout épaisse à la face dorsale de la langue, n'a pas à cet endroit de sous-muqueuse, tandis qu'à la région de la base, au niveau de l'amygdale linguale notamment, elle est séparée de la membrane hyo-glossienne par une celluleuse lâche.

La masse musculaire centrale est elle même divisée en deux parties symétriques par une membrane sagittale en forme de triangle vertical (*le septum lingual*), insérée par sa base postérieure sur la partie médiane de l'os hyoïde et de la membrane hyo-glossienne, son sommet étant libre dans la région de la pointe.

Si nous mettons à part le lingual supérieur, seul muscle impair de la langue, nous pouvons poser que chaque moitié est composée de huit muscles tant intrinsèques qu'extrinsèques. Peu nous importe ici. Le seul fait intéressant est que, contre toute attente, ces muscles très intimement intriqués font bloc sans présenter pratiquement de cloisons intermusculaires ni travées de tissu cellulaire. On peut cependant discerner un intervalle inter-hyo-genio-glosse suivi à la partie moyenne de la langue par l'artère linguale, intervalle qu'on ne retrouve plus sur une coupe de la pointe. Cette travée rejoint les espaces celluloux

du cou et peut y conduire le pus d'un abcès profond.

Les *lymphatiques*, abondants, forment des réseaux importants et ténus qui s'anastomosent largement entre eux, même d'un côté de la langue à l'autre. Ces réseaux se réunissent en quelques troncs qui se terminent dans les ganglions de la chaîne carotidienne, dans les ganglions sus-hyoïdiens médians et sous-maxillaires.

La muqueuse linguale renferme des *glandes* que les anatomistes divisent en trois groupes : un groupe postérieur qui occupe la base de la langue, composé de glandes nombreuses et volumineuses qui s'ouvrent entre les follicules ou dans leur cavité même; un groupe latéral ou groupe de Weber disséminé le long des bords; enfin un groupe antéro-inférieur ou groupe de la pointe où se trouvent des glandes profondément situées dont une plus importante que les autres appelée glande de Blandin-Nuhn.

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Les lésions anatomo-pathologiques sont sous la dépendance étroite des dispositions anatomiques que nous venons d'étudier. L'existence de la barrière médiane qu'est le septum lingual explique l'unilatéralité habituelle de l'abcès, mais le manque d'étanchéité de cette cloison permet parfois à l'infection de passer d'un côté à l'autre et c'est pourquoi Kilian a pu décrire les formes médianes situées entre les deux génio-glosses. La région de la base, avec ses glandes profondément situées dans le corps de l'organe et ses abondantes formations lymphatiques, paraît plus particulièrement apte à localiser l'infection, fait confirmé par la clinique.

Le fait que la partie superficielle composée de la muqueuse et de la sous-muqueuse est séparée du corps même de l'organe par des cloisons fibreuses fait comprendre les profondes différences qui distinguent les abcès superficiels des abcès profonds.

On conçoit aisément que ce tissu musculaire formé de fibres tellement intriquées qu'elles forment bloc, renforcé de formations fibreuses, et presque dépourvu de travées conjonctives, offre peu de prise à l'infection et imprime à l'abcès, quand il s'y forme, des caractères particuliers. En raison de cette texture très serrée, le pus sous tension provoque des douleurs très violentes, la tumeur en général bien limitée et d'une grande dureté « peut en imposer pour une tumeur solide ». (Tillaux).

ANATOMIE MICROSCOPIQUE

L'examen histologique a été très rarement pratiqué; aussi il est bien difficile de tenter une étude de l'anatomie pathologique des abcès linguaux. Nous devons donc nous contenter de rapporter les résultats obtenus par les rares auteurs qui ont fait cet examen. Le premier date de 1897, il est dû à Sabrazès et Bousquet qui, dans un cas d'inflammation aiguë terminé par la mort au troisième jour, ont trouvé les altérations suivantes rapportées par Morestin.

« Dans la région atteinte, tous les tissus étaient frappés. L'épithélium de la muqueuse avait perdu ses couches superficielles. D'autre part, les prolongements qu'il envoie dans l'épaisseur du derme, au lieu d'être réguliers comme ils le sont d'ordinaire, dessinaient sur la coupe des figures sinueuses, découpées en cartes de géographie. Les papilles qu'entourent et limitent ces prolongements, elles-mêmes inégales et étalées, n'étaient plus qu'une accumulation d'éléments cellulaires de petit volume à noyau découpé

très chromatique, de cellules fusiformes minces et allongées, et de précipités granuleux disposés en séries réticulées.

« Dans tout le territoire hypertrophié, la langue est gorgée de cellules embryonnaires. L'infiltration cellulaire s'est faite sur une telle épaisseur que le plan des fibres striées se trouve refoulé à une distance de plus d'un millimètre au-dessous du niveau normal. Les faisceaux musculaires sont eux-mêmes séparés par des accumulations cellulaires, si bien que l'hypertrophie de l'organe est due surtout à une sorte d'injection interstitielle par ces petites cellules à noyau multilobé, tassées les unes contre les autres, extraordinairement denses.

« Les fibres musculaires ont conservé leur situation, mais autour des noyaux du sarcolemme apparaissent des gouttelettes de graisse. Ces noyaux sont eux-mêmes en voie de multiplication. Les lymphatiques sont gorgés de leucocytes, les veines çà et là thrombosées, les artères relativement saines. »

Plus récemment, en novembre 1921, M. le Docteur Dunet, ayant examiné les débris retirés à la curette des parois d'un abcès du bord marginal, rapporte que ces fongosités sont composées de « tissu connectif lâche infiltré de cellules polynucléaires en état de chromatolyse. La présence de quelques cellules multinucléées isolées, ne doit pas faire songer à la possibilité d'un processus tuberculeux, ces cellules ayant plutôt le type macrophagique. »

ETUDE BACTÉRIOLOGIQUE

Il est regrettable que l'étude bactériologique n'ait pas été faite plus souvent, car en étudiant un assez grand nombre d'observations, nous n'avons trouvé que peu d'analyses bactériologiques et moins souvent encore leur compte rendu complet et détaillé. Néanmoins, nous avons pu constater que, dans la majorité des cas, le chirurgien signale que le pus était fétide, ce qui porte à croire qu'il était dû, peut être seulement en partie, à des anaérobies. Dans le cas que relate l'observation I, le laboratoire avait répondu : « L'examen direct montre une flore variée aérobie et anaérobie dans laquelle on trouve des pneumocoques, quelques chaînettes d'éléments à Gram positif, du bacille fusiforme et des éléments microbiens très variés : bacilles à Gram négatif.

« Les cultures en milieux aérobies donnent surtout du staphylocoque et du pneumocoque. En milieux anaérobies : un streptocoque strictement anaérobie et du bacillus ramosus sont les espèces qu'il nous a été possible de différencier. »

Le résumé de l'analyse bactériologique qui accompagne l'observation publiée récemment par MM. Dunet, Barbier et Pouzet est le suivant :

« Deux laboratoires différents répondent : flore microbienne très riche à l'examen direct en staphylocoques, streptocoques, pneumocoques. Mais un des examens conclut à l'existence de l'association fusospirillaire de Vincent; l'examen de l'Institut Bactériologique constatait seulement l'existence de bacilles à Gram positif filamenteux, en amas, qui, sans doute

anaérobies, n'avaient pas poussé sur les milieux de culture ordinaires, tandis que les aérobies avaient tous poussé facilement. »

En raison du très petit nombre d'analyses bactériologiques que nous avons pu relever, il est très difficile de donner une vue d'ensemble de la question. Nous pouvons remarquer cependant que les microbes rencontrés le plus fréquemment sont le streptocoque qui paraît exister dans tous les cas graves, ensuite le staphylocoque et le pneumocoque ; nous voyons mentionner plus rarement des anaérobies et des spirilles, exceptionnellement le bacille pseudodyphtérique.

CHAPITRE V

Symptomatologie

Nous devons distinguer tout d'abord, au point de vue de la symptomatologie, les abcès superficiels des abcès profonds.

Tandis que les abcès profonds ont une symptomatologie à grand fracas, que nous étudierons plus loin, *les abcès superficiels*, au contraire, au stade où ils sont collectés, sont le plus souvent petits, localisés à la sous-muqueuse. Ils font une saillie arrondie, facilement visible et palpable, ne provoquant pas un gros gonflement de la langue ni son immobilité. La mastication et la déglutition sont gênées moins par le volume et le manque de mobilité de l'organe que par la douleur. La parole est peu ou pas modifiée et on n'observe pas de troubles respiratoires.

A ce tableau simple et bénin s'oppose celui des *abcès profonds*. Leur *début* est brusque, très brusque même dans certains cas; mais plus fréquemment le malade avait ressenti les jours précédents une cer-

taine gêne, des picotements, des élancements dans la langue, troubles accompagnés en général de malaises, de céphalée, de fièvre plus ou moins élevée atteignant par fois 40° et de frissons.

Puis le *gonflement*, premier symptôme qui frappe et qui inquiète le malade, s'installe très vite, en 36 ou 48 heures, « à vue d'œil », dans les formes suraiguës. Dans quelques cas cependant, il apparaît plus lentement : la période de début avait duré cinq semaines chez un nourrisson observé par Texier et Lévesque, deux à trois mois dans un cas que rapportent Combiér et Murard.

Quand le gonflement est accentué et a atteint son maximum, la langue énorme remplit toute la bouche, touche le palais ; ses bords latéraux paraissent verticaux, à pic, d'une épaisseur de plusieurs travers de doigt et, dépassant latéralement les molaires, sont appliqués sur elles et en gardent l'empreinte. Quelquefois même, la langue fait saillie hors de la bouche entre les arcades dentaires qui s'y impriment et y creusent des ulcérations.

Ce gonflement est le plus souvent unilatéral, fait que nous explique le rappel anatomique précédent. La moitié saine est alors plaquée contre la moitié malade qui, incurvée en demi-cercle, l'englobe presque la débordant de toutes parts.

Cette langue énorme, tuméfiée, est globuleuse, parfois de couleur rouge vif, plus souvent recouverte d'un exsudat blanc jaunâtre et il arrive que l'abcès venant affleurer à la surface y produit une saillie d'un rouge vif, décapillée.

On comprend aisément que, dans ces conditions, l'examen de la partie profonde et à plus forte raison sa palpation soient rendus très difficiles par suite du peu d'espace laissé libre par la langue dans la cavité buccale. L'ouverture complète de la bouche est cependant possible grâce à l'absence générale de trismus, fait important sur lequel insistent beaucoup certains auteurs et en particulier MM. Dunet et Michon.

On a beaucoup de peine à examiner la région de la base et plus encore à insinuer un doigt pour la palper. On pourra néanmoins essayer de palper la langue entre deux doigts, l'un étant placé dans la bouche, l'autre au niveau de la région hyoïdienne. Cette exploration doit être exécutée avec la plus grande douceur, car elle est très douloureuse. Elle peut permettre parfois de sentir un noyau dur ou en un point une infiltration cartonnée où la douleur est plus vive et constamment réveillée par la pression.

En examinant les régions contiguës, on voit parfois une infiltration œdémateuse plus ou moins accentuée du plancher buccal, mais c'est un œdème assez mou totalement différent du bourrelet de l'angine de Ludwig. Il arrive que l'inflammation retentisse aussi sur la région sus-hyoïdienne qui est alors le siège d'un empâtement diffus; un abcès profondément situé peut même produire une voussure de cette région.

Les *ganglions* sous-maxillaires sont parfois enflammés d'un seul côté, mais leur inflammation

aboutit très rarement à la suppuration et se termine presque toujours par la résolution simple.

La *douleur*, en général vive dès le début, subit une recrudescence nette au moment où le pus se collecte, et diminue lorsque l'abcès est complètement formé. Elle présente son maximum au siège de l'abcès et s'irradie dans les régions voisines, notamment vers l'oreille; elle est lancinante, continue avec des exacerbations causées par les tentatives de mobilisation. Son intensité cause souvent aux malades une pénible insomnie qui les déprime. Elle cesse immédiatement et totalement aussitôt après l'ouverture spontanée ou opératoire.

Ces modifications profondes de l'état de la langue s'accompagnent de *troubles fonctionnels* très intenses. Dès le début, la *mastication* est gênée par le manque de souplesse de la langue; ensuite la douleur très vive provoquée par le moindre mouvement de la langue ou des mâchoires et de plus la gêne mécanique due au gonflement, la rendent complètement impossible. D'ailleurs, le malade n'ose pas à manger, mais il est tourmenté par une soif intense et « chaque gorgée laborieusement avalée est une source de souffrance. Cette soif est un des plus pénibles symptômes. » (Morestin). La *déglutition* est en effet rendue très douloureuse et presque impossible par les mêmes causes qui empêchent la mastication. Aussi la salive, plus abondante que normalement, ne peut pas être déglutie et s'écoule constamment par la bouche entr'ouverte.

Un symptôme, également très précoce et qui frappe

CHAPITRE VI

Evolution et pronostic

Lorsque l'abcès de la langue se forme, au lieu de rétrocéder comme dans le cas de la résolution simple, les symptômes de la glossite persistent en s'intensifiant, le tableau clinique change d'aspect : le début de la suppuration est souvent marqué par une recrudescence de la fièvre, accompagnée de frissons, et par une augmentation de la douleur qui devient sourde et lancinante en un point fixe où le pus se collecte. Les signes locaux se modifient également, la tuméfaction est moins diffuse, elle se localise le plus souvent à un côté qui reste gros, dur, infiltré, tandis que l'autre récupère partiellement sa souplesse et son volume normal.

La palpation du côté malade provoque une douleur très vive, et fait remarquer l'apparition le plus souvent d'un noyau dur, ovoïde, très exceptionnellement d'un point dépressible et fluctuant; si la collec-

tion est superficielle elle peut même venir faire à la surface une saillie rouge vif décapillée.

Les *abcès superficiels* viennent assez rapidement s'ouvrir au dehors, le plus souvent sur le dos où les bords de la langue. L'évacuation du pus est alors suivie d'un soulagement immédiat et d'une guérison rapide. Les abcès profonds ont une tendance beaucoup moins marquée à venir s'évacuer spontanément à la surface et, quand ils y aboutissent, c'est beaucoup plus tardivement, car ils se frayent difficilement un passage à travers ce tissu dense. Ils provoquent des douleurs intolérables, calmées passagèrement par l'ouverture spontanée, car le trajet produit, le plus souvent insuffisant, est rapidement obturé par l'élasticité musculaire du tissu qui l'entoure. Il se fait alors de la rétention du pus, et, après la détente éphémère, se produit une recrudescence des symptômes.

Ces collections purulentes évacuées difficilement par le trajet trop étroit qu'a créé leur marche vers la surface peuvent se fistuliser. Dupuytren cite un cas de ce genre qu'il opéra pour tarir la fistule.

Les abcès profonds, surtout lorsqu'ils sont de petit volume n'arrivent pas toujours à s'ouvrir au dehors, ils s'enkystent, puis se résorbent lentement, et, après disparition lente et progressive des phénomènes aigus, laissent une induration hypertrophiant un côté de la langue.

Ces abcès profonds peuvent avoir de redoutables complications. Ceux de la base, grâce à leurs rapports étroits avec la loge glosso-épiglottique, peuvent

les malades, est la *difficulté de parler*; la parole bien vite inintelligible se réduit à un grognement, car la raideur de la langue, son immobilité, son volume l'empêchent de remplir son rôle dans l'articulation des sons.

La respiration peut être aussi très gênée surtout dans les gros abcès de la base, soit par infiltration des replis ary-épiglottiques, soit par le fait que la base de la langue saillant anormalement en arrière, renverse l'épiglotte sur l'entrée du larynx. Quand cette gêne respiratoire est intense, elle constitue un des symptômes les plus pénibles, angoisse le malade qui évite le sommeil de peur des accès dyspnéiques; elle peut même tuer le malade par asphyxie, éventualité rare mais cependant observée. Lenduger-Formorel en trace ce tableau saisissant à propos d'un de ses malades : « Je le trouve assis sur son lit, offrant tous les symptômes de l'asphyxie et avec une physionomie qui ne peut ni se traduire ni s'oublier. Les yeux saillants expriment l'angoisse dans sa plus déchirante expression. » Giraud compare la face d'un malade à « la figure des cadavres qui, après avoir été immergés dans l'eau, viennent flotter à la surface ».

Malgré l'intensité habituelle des signes locaux et l'allure parfois dramatique de l'affection, les *phénomènes généraux* se réduisent le plus souvent à des malaises vagues, de la céphalée, à de la fièvre d'intensité variable; rarement il y a apyrexie, quelquefois une fièvre très élevée à 40° et même 40°5, le plus souvent une fièvre modérée à 38° ou 38°5.

donner un œdème de cette région capable de tuer le malade par asphyxie, si on ne fait pas rapidement une trachéotomie. De plus, la présence seule d'un abcès de la base peut être un obstacle sérieux à la circulation de l'air dans les voies respiratoires surtout chez l'enfant.

Nous notons, en effet, dans une observation rapportée par MM. Texier et Lévesque qu'un gros abcès de la base a causé la mort d'un petit malade en appliquant l'épiglotte sur l'orifice supérieur du larynx.

D'autres complications, très importantes également, sont les fusées purulentes qui peuvent se produire le long des vaisseaux linguaux, et provoquer ainsi un phlegmon cervical. (Brunk).

Les gros abcès peuvent produire des escharres, et Caulier a signalé dans sa thèse un cas de mort par hémorragie due à l'ouverture de l'artère linguale par la chute d'une de ces escharres.

Nous venons d'étudier surtout l'évolution naturelle des abcès livrés à eux-mêmes, mais beaucoup plus favorable est l'évolution des cas non compliqués diagnostiqués et opérés à temps. En effet, l'évacuation du pus par une intervention créant un large orifice par lequel la cavité se vide facilement, est immédiatement suivie de la cessation ou tout au moins d'une diminution importante des principaux symptômes. Le volume de la langue diminue, le malade ne souffre plus; il peut parler, s'alimenter, dormir. La guérison ne tarde guère et est complète en quelques jours.

Le *pronostic* est en général bénin; dans la très

grande majorité des cas, les malades peuvent mener une vie normale très peu de temps après l'intervention, et sont souvent guéris en une semaine.

Comme dans les autres suppurations, le pronostic dépend de la virulence de l'infection, le streptocoque étant particulièrement à redouter, et de la résistance de l'organisme.

Les conditions dans lesquelles se trouve le malade pour se faire traiter influent également beaucoup sur le pronostic. Car, de ces conditions, dépendent la rapidité de l'intervention et la possibilité de parer d'urgence aux complications asphyxiques possibles.

CHAPITRE VII

Diagnostic

Le diagnostic des abcès de la langue est en général facile; il est évident dans les cas d'abcès superficiels faciles à voir et à palper. Il est plus délicat dans les formes profondes; on est alors guidé quelquefois par des notions étiologiques, par exemple un traumatisme lingual récent, un foyer d'infection buccal. Mais plus encore le gonflement rapide de la langue, son immobilité, la douleur et tous les signes fonctionnels si nets qui en sont la conséquence conduiront aisément au diagnostic de glossite aiguë. Les signes locaux : tuméfaction limitée, noyau dur où la douleur est plus vive, recherchés par l'inspection et une palpation prudente, feront ensuite reconnaître la présence de l'abcès dont on pourra s'assurer par une ponction exploratrice.

Le *diagnostic différentiel* ne présente pas non plus de bien grandes difficultés.

Le *phlegmon du plancher buccal* est l'affection qui prêterait le plus volontiers à confusion avec l'abcès de la langue, mais les signes locaux et généraux sont assez différents. Le phlegmon du plancher est d'emblée bilatéral, il donne le bourrelet ligneux caractéristique, soulève simplement la langue restée souple et non tuméfiée, il cause du trismus presque toujours absent dans le cas d'abcès lingual; de plus il s'accompagne de symptômes toxémiques, d'un état général grave et d'une température élevée.

Le *phlegmon de la loge thyro-glosso-épiglottique* est reconnu à l'examen laryngoscopique, la langue ne présente qu'un peu d'œdème, elle est mobile, peu douloureuse, la symptomatologie est surtout respiratoire.

Dans le cas de *gommes syphilitiques*, on trouve en général plusieurs nodosités disséminées, superficielles, évoluant lentement sans aucun trouble fonctionnel et sans douleur. Elles ne pourraient prêter à confusion qu'à la phase de ramollissement où elles suppurent et causent une légère douleur, mais leur longue évolution, parfois les antécédents du malade et leur disparition par le traitement spécifique, les feront reconnaître.

Chez les tuberculeux avancés, mais chez eux seulement, on peut rencontrer des *abcès froids de la langue*. Ils évoluent lentement, sans douleur ni réaction sous forme de nodosités qui se ramollissent, s'ouvrent et laissent écouler un liquide caractéristique tout différent du pus franc, bien lié, souvent fétide, que contiennent les abcès chauds.

Très rares sont les *mycoses* de la langue. Elles peuvent rendre le diagnostic différentiel très difficile; cependant leur évolution est moins aiguë que celle de l'abcès, et l'examen microscopique du pus recueilli par ponction exploratrice les fera diagnostiquer.

Les *kystes hydatiques* de la langue, également très rares évoluent sans douleur ni réaction. En les ponctionnant on retire du liquide limpide comme de l'eau de roche tout à fait caractéristique où on pourra parfois retrouver le sable hydatique. Ces kystes peuvent cependant s'infecter et suppurer formant alors un véritable abcès.

Le *lipome* ne sera pas confondu avec l'abcès, il produit une augmentation de volume, et sa consistance molle pourrait être prise pour de la fluctuation, mais tous les autres signes d'abcès font défaut; son évolution très lente ne s'accompagne d'aucun phénomène inflammatoire.

Les *calculs du canal de Wharton* causent parfois une gêne de la phonation et de la déglutition; au moment des coliques salivaires, la langue peut enfler passagèrement et être le siège d'irradiations douloureuses. Ces phénomènes sont plus intenses, si un certain degré d'infection s'est surajouté, mais un examen attentif permettra de les différencier facilement des abcès de la langue: par la détermination de leur siège d'abord, puis par la palpation et, au besoin, le cathétérisme du canal.

Le *diagnostic de localisation* n'est possible que quand l'abcès est nettement collecté, c'est-à-dire, plu-

sieurs jours après le début de l'inflammation. Il est parfois facile, par exemple, si l'abcès est superficiel et localisé à la portion antérieure de l'organe. Son siège sera alors décelé par la tuméfaction, la couleur rouge vif de la muqueuse à son niveau, et la couleur que réveille la pression en ce point.

Il est beaucoup plus délicat de préciser le siège d'un abcès profondément situé; pourtant, une gêne respiratoire très accentuée fera penser à un abcès de la base. La palpation, souvent difficile, pourra faire sentir en un point plus douloureux un changement de consistance, noyau dur ou, exceptionnellement, de la fluctuation, qui contrasteront avec la fermeté élastique du tissu environnant gonflé d'œdème.

Dans les cas délicats, la ponction exploratrice sera très utile et rendra le diagnostic certain et précis.

CHAPITRE VIII

Traitement

Quand le diagnostic d'abcès de la langue est fermement posé, l'intervention chirurgicale s'impose ; il faut évacuer la collection le plus rapidement possible. Nous avons vu, en effet, que cette évacuation soulage instantanément les malades et ne tarde pas à être suivie de la guérison complète; elle a, de plus, l'avantage d'empêcher les complications auxquelles exposerait une expectative inutile et très pénible pour le malade.

Cependant, lorsqu'on est consulté alors que l'abcès n'est pas encore bien formé, et que sa localisation laisse des doutes, on peut se permettre d'attendre un jour pour intervenir à coup sûr sur un abcès nettement collecté. Pendant cette attente, on instituera un traitement analgésique et antiseptique, par des gargarismes et des lavages de bouche désinfectants.

La voie d'abord la plus logique, et qu'il faudra employer le plus souvent possible, est la voie buccale. La *voie sus-hyoïdienne*, séduisante au premier abord, parce qu'elle paraît préférable pour le drainage par le trajet déclive qu'elle permet d'établir, a été préconisée par certains auteurs.

Kilian recommande, pour aborder les abcès latéraux, l'incision de la ligature de l'artère linguale : on effondre l'hyo-glosse après avoir lié l'artère linguale pour éviter les hémorragies secondaires de ce vaisseau. Mais d'autres auteurs préfèrent l'incision médiane pour ouvrir les abcès médians et les abcès latéraux, on dissocie ensuite le plancher jusqu'à la collection purulente.

Cette voie d'accès n'est à utiliser que dans certains cas, rares d'ailleurs, où on ne peut pas employer la voie buccale : par exemple, dans le cas de gros abcès profond de la base, avec un énorme gonflement de la langue remplissant toute la cavité buccale. Il est évident, en effet, qu'il serait alors presque impossible de glisser un bistouri jusqu'à la région de la base ; si on y arrive, l'instrument ainsi dirigé un peu à l'aveuglette risque de produire des dégâts et, de plus, dirigé horizontalement, n'a pas la position voulue pour atteindre l'abcès situé sur la face postérieure verticale.

Mais, si la voie cervicale est quelquefois indiquée, il faut se garder d'en généraliser l'emploi, car elle présente des inconvénients sérieux. Le moindre de ces désavantages, qui n'a pas, il est vrai, à être envisagé dans les cas graves, est la cicatrice disgracieuse

que peut laisser cette intervention; et, dans les opérations cervico-faciales, il faut, dans la mesure du possible, respecter l'esthétique. En second lieu, la voie cervicale établit un drainage décline, mais cet avantage est contre-balancé par la longueur du trajet, plus considérable que dans le cas d'incision buccale. Une fistule peut se produire, aggravant l'inconvénient précédemment signalé. Enfin, autre éventualité plus redoutable, le pus, particulièrement septique qui s'écoule des abcès linguaux, pourrait infecter les espaces cellulaires si abondants de la région du cou.

Aussi toutes les fois que la *voie buccale* sera utilisable, on devra lui donner la préférence. Cette intervention, dans les cas urgents, pourra très bien être faite sans anesthésie; si l'asphyxie menace la vie du malade à bref délai, il ne faudra pas hésiter à la faire précéder d'une trachéotomie. Quand on est moins pressé, il est préférable et plus humain de faire une anesthésie. L'anesthésie générale paraît disproportionnée avec le peu d'ampleur de l'intervention; elle est contre-indiquée chez les malades menacés d'asphyxie et ne pourrait être faite, le plus souvent, qu'avec la canule de Butlin-Poirier, après ponction intercrico-thyroïdienne.

L'anesthésie régionale, assez séduisante au premier abord, est bien délicate à exécuter; aussi faudra-t-il avoir recours le plus souvent à l'anesthésie locale à cocaïne, suffisante, étant donnée la courte durée de l'opération.

L'intervention étant ainsi décidée, deux cas peuvent se présenter : nous pouvons avoir ou un abcès

de la partie antérieure ou un abcès de la base. Dans le premier cas, il sera, en général, facile d'ouvrir et d'évacuer la collection soit d'emblée, soit après l'avoir localisée avec précision par une ponction exploratrice, faite avec une aiguille et une seringue. Dans le cas d'abcès de la base, au contraire, nous avons vu combien il est difficile et parfois dangereux pour les régions avoisinantes, d'essayer de l'atteindre avec un bistouri droit et pointu. Un bistouri courbe, en forme de faucille, analogue à l'instrument de Ruault, servant à libérer les amygdales avant leur ablation, pourrait rendre des services; il a, d'ailleurs, été employé autrefois, mais il est sans doute difficile à mettre en place, vu le peu d'espace que la langue appliquée contre le palais laisse libre pour manœuvrer l'instrument. Aussi, on peut, pour tourner la difficulté, aborder l'abcès par la face latérale de la langue, après une ponction exploratrice, presque nécessaire dans ce cas, pour le localiser exactement, et on l'ouvre en employant la technique que nous allons étudier.

Cette *technique* doit répondre à deux indications : évacuer le pus facilement, et éviter la rétention. L'incision simple au bistouri évacue bien la collection, mais les tissus, revenant sur eux-mêmes, ferment rapidement le trajet. Aussi, cette méthode ne devra être employée que pour les abcès très superficiels ; dans les autres cas, la technique suivante est bien préférable. Si on n'est pas absolument sûr de la localisation exacte de la collection, on la précise par une ponction exploratrice ; l'abcès étant ainsi bien repé-

ré, on incise la muqueuse au bistouri, puis on ponctionne la collection avec une pince de Kocher fermée qu'on retire ouverte. C'est la technique qui fut employée dans l'observation relatée d'autre part et qui assura la guérison dans d'excellentes conditions. On peut également effondrer la paroi de l'abcès avec le dilatateur de Tripier; on fait ainsi un orifice large, permettant au pus de s'écouler rapidement et se refermant moins vite qu'une simple incision.

Il sera bon, néanmoins, de maintenir la perméabilité du trajet les jours suivants; l'emploi de drains de caoutchouc est difficile dans cette région; une mèche, même peu tassée, empêche le drainage plus qu'elle ne le favorise, il faudrait la renouveler souvent. Il vaut mieux cathétériser le trajet avec une sonde cannelée ou avec une pince, et cette manœuvre est naturellement d'autant plus nécessaire que le trajet est plus long.

C'est de même, en créant un orifice large et béant, qu'on guérira rapidement les abcès fistulisés après intervention insuffisante ou ouverture spontanée. Si on a affaire à un gros abcès contenant beaucoup de pus, l'aspiration pourra rendre des services en assurant le nettoyage parfait de la cavité.

Les soins consécutifs sont très simples, ils consistent dans l'expression de la région sus-hyoïdienne pour vider le fond de l'abcès, suivie de grands lavages de bouche à l'eau oxygénée, au moyen d'un bock, deux ou trois fois par jour.

Dans l'immense majorité des cas, on pourrait presque dire dans tous les cas, l'intervention bien faite

est suivie en peu de jours d'une guérison complète. Néanmoins, si on se trouve en face de cas trainants ou à septicité particulière, la sérothérapie antigangréneuse est à recommander ; M. le Docteur Dunet, l'a employée récemment avec succès, et la préconise quand, à l'intervention, on perçoit une odeur sphacélique.

CHAPITRE IX

Observations

Nous n'avons pas l'intention de rapporter, dans ce chapitre, toutes les observations parues. Leur grand nombre est disproportionné avec le cadre de ce modeste travail ; de plus, beaucoup d'entre elles diffèrent peu, et les reproduire toutes entraînerait des répétitions, sans apporter de fait nouveau. Aussi, nous avons choisi seulement les plus intéressantes, les plus typiques, et celles qui précisent un point particulier.

OBSERVATION I

(*Inédite.*— Communiquée par M. le Professeur LANNOIS
et M. GAILLARD)

Mme L..., 30 ans, de Marseille, vient consulter le 18 août 1924, venant de l'Ardèche où elle villégiaturait. Cinq jours auparavant, arrivant de voyage, elle a été prise assez brusquement au cours d'un repas d'une douleur profonde dans la gorge. Deux médecins consultés les jours suivants ont parlé, l'un d'accident de la dent de

sagesse, l'autre, de phlegmon du plancher de la bouche et lui ont fait entrevoir la nécessité d'une intervention. A l'interrogatoire sur la possibilité d'une lésion traumatique antérieure, la malade raconte que dix jours avant en mangeant une conserve de saumon, une arrête lui fit mal au passage : mais la douleur fut passagère et la malade n'avait plus rien ressenti jusqu'au 13 août. Elle n'a pas de température et ne présente aucune altération de l'état général, mais elle est assez effrayée par sa douleur qui augmente chaque jour et gêne son alimentation.

L'examen montre ce jour-là : une intégrité complète du plancher buccal, des amygdales et de la région des dents de sagesse. Il n'y a pas de trismus. Au miroir laryngé apparaît une rougeur vive de l'hémi-amygdale linguale gauche qui se montre saillante. On ne voit aucun corps étranger. Au toucher, on ne trouve pas de signes d'abcès, mais l'exploration est douloureuse quand elle porte sur l'amygdale linguale gauche. La malade se plaint de douleurs lancinantes et profondes, qu'elle localise mal et qui s'irradient vers l'oreille gauche où l'exploration ne décèle rien de particulier. On ordonne un traitement médical : grands bains de gorge, inhalations, sédatifs nervins.

Le lendemain : la malade dit avoir souffert toute la nuit, elle est assez nerveuse et angoissée et dit ne plus pouvoir s'alimenter qu'avec de grandes souffrances. Toute la base de la langue et surtout sa moitié gauche paraît tuméfiée et le toucher en est très douloureux. Il n'y a toujours de pas de fièvre, ni trismus, ni gêne respiratoire. On fait une galvano-cautérisation de l'amygdale linguale gauche et le traitement médical est continué.

Le 20 août : Les douleurs persistent toujours profondes et marquées. La parole est d'ailleurs un peu modifiée dans son timbre et est douloureuse. La déglutition

est très difficile. Il n'y a toujours pas de trismus. Mais la traction de la langue est très difficile et se fait asymétriquement, la moitié gauche de l'organe étant presque immobilisée.

La palpation digitale réveille une vive douleur sur le dos de la base linguale et dans la partie postérieure du sillon paralingual gauche. Pas de température.

Le 21 août : Les signes se sont exagérés et imposent le diagnostic d'abcès profond de la moitié gauche de la langue : cette moitié gauche de la langue est immobilisée, voussurée au niveau de sa base et la palpation digitale par un doigt sus-hyoïdien et l'autre dans le sillon latéro-lingual, permet de sentir une fluctuation profonde masquée par une induration massive excessivement douloureuse.

Il n'y a heureusement pas de troubles respiratoires ni de signes généraux (37°4).

On décide d'intervenir sous anesthésie générale, donnée avec prudence.

Intervention le 21 août : Après traction de la langue, on remarque qu'il n'y a pas de saillie acuminée sur la base : la tuméfaction est profonde dans le corps musculaire de la langue, et limitée à la moitié gauche de l'organe. On pratique d'abord une ponction exploratrice avec une assez longue aiguille introduite le plus loin possible dans le sillon paralingual gauche et dirigée en arrière en bas et en dedans. On aspire dans la seringue, à une profondeur de 3 cm. environ, du pus épais et fétide. Sur ce guide on incise la muqueuse sur 2 cm. environ contre le corps de la langue et en arrière de la région de la glande sublinguale et on effondre la paroi de l'abcès au dilatateur de Tripier ; il s'écoule un flot de pus fétide. Le doigt introduit explore la cavité située au sein de tissus musculaires sphacelés. Elle n'a pas de prolongements. Pendant ces manœuvres, la pression de la région sus-hyoïdienne latérale gauche les

favorise beaucoup. La cavité est nettoyée à l'aide d'écouvillons imbibés d'eau oxygénée et une mèche est laissée dans la plaie. L'intervention, rapidement faite, s'est passée sans alerte respiratoire.

Le soir, la température s'élève à 38°6. On enlève la mèche qui fait rétention et par pression sus-hyoïdienne on vide une assez grande quantité de pus. La manœuvre est répétée les jours suivants, deux fois par jour, et on la fait suivre d'un lavage à la seringue. La température tombe complètement le quatrième jour et le huitième la plaie est cicatrisée. La malade part le dixième jour complètement guérie.

OBSERVATION II

(Publiée par MM. DUNET, BARBIER et POUZET dans le
Lyon Médical du 14 août 1927)

Un homme âgé de 60 ans étant auparavant en bonne santé, a présenté des accidents douloureux pharyngiens, pour lesquels son médecin le soigna, pensant à une angine banale. Au bout de plus de 15 jours, au lieu de se calmer, les accidents douloureux devinrent plus intenses en même temps que la langue augmentait de volume vers la base rendant ses mouvements de plus en plus difficiles et sensibles, empêchant toute mastication. La progression des symptômes obligea le malade à entrer à l'hôpital, où il fut admis dans le service du Professeur Bérard, sept jours après le début des accidents linguaux. Ce malade se présentait comme un individu infecté, à teint terreux, avec un facies angoissé, la salive s'écoulait par les lèvres. La température était de 39°5.

N'ayant pas de trismus, le sujet en ouvrant la bouche montrait une langue dont la base très tuméfiée était volumineuse, presque plaquée contre le palais et immobilisée au point de rendre la déglutition de la salive à

peine possible; la respiration était très gênée et la parole réduite à un grognement. Le plancher de la bouche n'était pas spécialement dur quoique œdémateux; on ne perçoit pas de ganglions. Le palper de la langue laisse sentir à sa partie postérieure une tuméfaction très sensible, à gauche, presque médiane, dure, sans la moindre fluctuation.

Il n'y a cependant pas de doutes sur l'existence d'un abcès profond de la langue. Aussi, sans anesthésie, vu l'état du sujet, après avoir placé un ouvre-bouche, on incise au bistouri la langue sur sa partie la plus saillante, sur deux centimètres de longueur et de profondeur, et, en dilacérant avec une pince de Kocher, on ouvre un foyer purulent, nauséabond, contenant deux dés de pus grisâtre. Après ces rapides manœuvres peu douloureuses, le sujet est très soulagé, respire mieux, peut se gargariser. On fait de la *sérothérapie antigangréneuse*. Le soir, le malade parlait un peu, la température passait à 38°5, le lendemain à 38°.

Cinq jours plus tard, il sortait de l'hôpital et pouvait reprendre son travail treize jours après l'incision. Actuellement, après quatre mois, il va tout à fait bien et sa langue est souple.

OBSERVATION III

(Publiée par MM. TEXIER et LÉVESQUE,
Annales des maladies de l'oreille, mai 1923)

M. N..., 4 mois, enfant né avant terme à 8 mois; un frère et une sœur bien portants. Père et mère de constitution robuste. La mère n'a jamais fait de fausse-couche, mais a déjà eu un accouchement prématuré à 8 mois avec expulsion d'un enfant décédé après quelques heures.

Depuis le 15 décembre 1921, la mère s'est aperçue que son enfant, alors âgé de 3 mois, avait une certaine difficulté pour avaler, et que sa respiration devenait parfois extrêmement rapide avec de courtes périodes d'apnée, et cela principalement au moment des tétées. Vers

la mi-janvier, le cri de l'enfant commence à être légèrement voilé, la dyspnée augmente. L'état s'aggravant, l'enfant est amené à l'Hôtel-Dieu à la consultation d'oto-rhino-laryngologie le 23 janvier.

A l'examen, ce qui frappe tout particulièrement, c'est la dyspnée qui a les caractères du Cheynes-Stokes.

L'enfant présente du tirage sus-sternal et épigastrique. A l'inspiration, qui est particulièrement pénible, les viscères abdominaux sont refoulés, le creux épigastrique se déprime.

La dyspnée s'accroît lorsque la tête est portée en hyperextension. La voix n'est pas éteinte : son caractère rappelle un peu la « voix de canard » de l'abcès rétropharyngien et n'a pas les caractères de la voix observée dans les sténoses glottiques.

Pas de cornage, pas de stridor.

L'examen du larynx est impossible, le toucher pharyngien fait prudemment, ne dénote pas de collection rétropharyngienne.

L'examen du cou ne montre rien d'anormal, aucune déformation, pas de tuméfaction, pas de coloration spéciale ni de circulation superficielle anormale.

L'examen radioscopique du médiastin ne peut être fait ce jour.

Le diagnostic qui semble le plus acceptable en présence de ces symptômes est celui d'hypertrophie du thymus.

L'enfant est soumis aux frictions mercurielles et son état semble s'améliorer un peu : il prend mieux le sein, mais la dyspnée ne rétrocede pas. Le facies est plutôt pâle que violacé. La mort survient le jour même dans un accès de suffocation sans qu'il y ait eu d'hyperthermie.

Nécropsie.

A l'incision de la région sus-hyoïdienne, il s'écoule un liquide nettement purulent, crémeux, épais, abondant

(3 cuillerées à soupe au moins) ayant fusé dans les régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaire droite.

Le pus examiné ultérieurement n'a donné sur les milieux de culture ordinaires que quelques petites colonies de sarcines.

On détache en bloc langue, pharynx, larynx, la partie supérieure de la trachée et l'œsophage.

Pas d'hypertrophie thymique, cet organe pèse 18 gr. Poids total de l'enfant : 3 kg. 325.

On constate, au-dessus de l'os hyoïde et faisant saillie, une poche à paroi inférieure épaisse, qui, effondrée, montre une cavité admettant facilement l'extrémité de l'index. Cette cavité a dans son ensemble la forme d'une pyramide quadrangulaire à sommet tronqué répondant à un plan horizontal passant par le bord inférieur de l'os hyoïde.

L'extrémité du doigt, pénétrant dans la cavité, soulève, à sa partie supérieure, la muqueuse qui se réfléchit de la base de la langue sur l'épiglotte et cette muqueuse forme la base de la cavité purulente.

En bourrant cette cavité pour lui faire reprendre son volume initial, on voit qu'elle occupe à la partie supérieure de la pièce anatomique l'espace glosso-épiglottique. Elle a le volume d'une noix, elle est légèrement décalée vers la droite et occupe les fossettes glosso-épiglottiques qui se trouvent dilatées et forcées.

Cette poche volumineuse repousse la langue vers la partie antérieure et culbute l'épiglotte sur l'entrée du larynx.

La musculature de la langue n'est pas dissociée, la poche de pus ayant refoulé d'un seul bloc cet organe.

L'exploration au stylet ne montre pas de diverticule et il ne semble pas y avoir de fusée vers la loge thyro-glosso-épiglottique inférieure.

Il semble bien qu'il s'agisse d'une collection purulente occupant la partie supérieure de la loge cellul-

aponévrotique dite thyro-glosso-épiglottique, c'est-à-dire la portion de la loge comprise en haut entre la muqueuse qui se réfléchit de la base de la langue sur l'épiglotte et, en bas, la membrane cellulo-aponévrotique dénommée par Poirier et Picqué aponévrose hyo-épiglottique.

OBSERVATION IV

(Publiée par le Docteur RIMAUD,

Annales des maladies de l'oreille, avril 1927)

Le malade (31 ans) consulte le 27 septembre 1926. Il a aspiré au début d'août une barbe d'épi de seigle. Aussitôt, vive douleur à la hauteur de l'os hyoïde qui persiste deux à trois jours. Depuis, la douleur reparait par périodes de 4 à 5 jours, puis s'atténue, elle siège au niveau de la région hyoïdienne, s'irradie quelquefois aux bords de la langue, à la région amygdalienne, à l'oreille droite, réveillée par les mouvements et la déglutition. La dysphagie augmente progressivement. Il y a 10 jours, un petit abcès se forme sur le côté gauche du frein; il en sort quelques gouttes de pus et une barbe d'épi de 3 à 4 centimètres. La douleur s'exacerbe progressivement, permet seulement l'alimentation liquide, empêche le sommeil. Dysphonie légère, gêne respiratoire dans le décubitus dorsal. Le malade crache un peu de pus venant du pharynx et est un peu soulagé.

Aspect de grand infecté.

Pas de tuméfaction du cou, mais à la palpation résistance profonde à contours très flous.

Langue mobile, plancher souple, face supérieure légèrement bombée à droite. A la palpation, empatement profond de la base de la langue où on réveille une douleur exquise.

A l'examen laryngoscopique face verticale de la langue

bombée; à gauche, masse bourgeonnante rouge d'où la pression fait sourdre une goutte de pus.

Cedème rouge de la région glosso-épiglottique, épiglotte infiltrée rouge tendue.

Pulvérisation chaude phénosalylée.

28 septembre : Empatement de la région sus-hyoïdienne plus net; à la palpation, douleur vive à droite. Mouvements limités. Langue tuméfiée à droite, infiltration dure et tendue de sa moitié postérieure.

Intervention. — Anesthésie locale. Une pince introduite fermée dans le bourgeon postérieur, retirée ouverte, ne rencontre pas de cavité, expulsion d'un peu de pus. Incision profonde à droite de la base de la partie moyenne; un dilatateur introduit dans la plaie à 3 centimètres de profondeur ouvre une collection d'où gicle un demi-verre à liqueur de pus fétide; le malade est soulagé.

30 septembre : Douleur, empatement net. Le dilatateur introduit donne issue à une petite quantité de pus.

Le malade sort guéri le 4 octobre.

OBSERVATION V

(Publiée par MM. COMBIER et MURARD,
Presse Médicale 1922)

G. L..., cinquante-six ans, est vu le 26 février 1921 pour une tuméfaction de la langue développée en quelques jours. Il croit s'être piqué la langue avec de la paille en travaillant dans sa grange, mais c'est là peut-être plus une explication qu'il donne qu'une cause bien réelle. Deux jours après cet incident, il commence à éprouver de la gêne pour avaler. Son médecin lui ordonne des gargarismes chauds, mais les signes fonctionnels augmentent si rapidement que nous sommes appelés. La maladie évolue depuis quatre jours. La dyspnée est considérable, au point qu'on se tient prêt

à faire une trachéotomie. Impossibilité de la déglutition. La langue est énorme, surtout en arrière et est projetée en haut. La laryngoscopie est impossible. Rien au plancher. Rien à la région sus-hyoïdienne. Une première ponction à la pince de Kocher fermée est faite sur le bord droit de la langue, en arrière : elle donne issue à quelques gouttes de pus. Une deuxième ponction, un peu plus bas, évacue une assez importante collection fétide. Aussitôt après, le malade est soulagé. Il respire facilement, il peut boire de petites gorgées. La guérison survient en quelques jours.

OBSERVATION VI

(Publiée par MM. COMBIER et MURARD,
Presse Médicale, 1922)

B. L..., cinquante-cinq ans, entre à la clinique le 4 janvier 1922, pour des troubles de la phonation et de la déglutition. Aucun antécédent à retenir. La maladie actuelle remonte à Noël, au dire du malade. Mais cependant, depuis deux ou trois mois déjà, il se plaignait de la gorge, sans pouvoir bien préciser. Il avait une légère difficulté à mouvoir la langue, et percevait comme un gonflement léger sus-hyoïdien médian. « Il me semblait, dit-il, en me rasant, que cette région était plus bombée. » Mais aucun trouble de l'état général, aucun mouvement fébrile.

Le 26 décembre, le malade reçoit un coup de corne de vache sur la joue gauche. Ce coup de corne ne détermine aucune plaie cutanée, mais fait saigner un peu la gencive supérieure. Le 29, l'arrière-bouche devient douloureuse, la langue est gonflée, le malade ne peut avaler que des liquides, une surdité bilatérale apparaît. Il voit alors un médecin qui nous l'adresse. Il arrive le 4 janvier dans l'état suivant :

Homme au teint pâle, avec quelques sueurs froides,

La région sus-hyoïdienne est peut-être légèrement soulevée, mais ce symptôme est difficile à apprécier en raison de l'adiposité du malade. Aucun trismus. Dès la bouche ouverte, on remarque l'existence d'un gros bourrelet très marqué, qui vient se couper sur l'arcade dentaire, n'est aucunement dur, mais très mou, et ne ressemble en rien au bourrelet du phlegmon du plancher. La langue est grosse, globuleuse, et fixée sur le plancher. Aucun mouvement ne lui est possible.

Examen au miroir impossible en raison du volume de la langue. La palpation de la langue montre que la moitié gauche est œdématiée, et la partie droite pleine et rénitente. La région sus-hyoïdienne médiane donne aux doigts la sensation d'un gonflement profond, assez peu marqué : sur les côtés, adénopathie sous-maxillaire bilatérale, un peu douloureuse.

Le malade a de la peine à s'exprimer, la parole n'est qu'un grognement. Impossible d'avaler autre chose que des liquides, et même des liquides clairs : le tapioca provoque une petite crise d'étouffement. La salive s'écoule constamment par les lèvres. La nuit, la position couchée provoque des accès dyspnéiques. Aussi le malade reste-t-il debout ou assis. Pas de température.

On ponctionne la langue à l'aide d'une pince hémostatique fermée, au niveau du bord latéral droit, en regard de la dernière molaire, en se dirigeant vers l'épiglotte. Cette ponction donne quelques gouttes de sang, mêlé d'un peu de pus. Mais le malade n'éprouve aucun soulagement réel. Enveloppements humides chauds du cou.

Le 8 janvier, incision médiane sus-hyoïdienne. Dissociation du plancher exactement sur la ligne médiane, au milieu de fibres musculaires normales. A 7 ou 8 cm., on rencontre de l'œdème, puis on évacue une collection d'un verre à liqueur de pus très fétide. On laisse un drain.

Suites très simples, amélioration très rapide.

Le 12, l'examen laryngoscopique est possible; replis et fossettes glosso-épiglottiques normaux. Rien au larynx. Aucune lésion visible de l'arrière-gorge.

Le malade repart le 16 janvier guéri, mangeant comme à l'ordinaire, la parole normale, la plaie sus-hyoïdienne en voie de cicatrisation.

OBSERVATION VII

(Rapportée dans la thèse de THIEBAUD (1894).— Docteur

Maurice FOURRIER, Glossite chez un diabétique.

Revue de clinique et de thérapeutique. — Résumé.

M. de P..., soixante-trois ans. Jamais de maladie grave. Gros mangeur. Tendance à l'obésité. *Diabète sucré* reconnu depuis six ans. Le sucre n'a pas dépassé 50 gr. par litre, l'état général n'a pas faibli. Cinq saisons à Vichy et chaque fois disparition de la glycosurie.

Une angine se déclare dans les premiers jours de juillet pendant une saison à Vichy, angine qui dura cinq à six jours et à la suite de laquelle sa langue devenait lourde et embarrassée (la glycosurie n'était alors que de 1 gr. par litre, elle était de 30 gr. au début de la saison). Peu à peu, les phénomènes notés du côté de la langue allèrent en augmentant. Un peu d'enflure de l'organe, salivation abondante, gêne fonctionnelle considérable. Ni frissons, ni fièvre.

Je vois le malade pour la première fois le 5 août; depuis plusieurs jours, il remarque dans ses crachats des mucosités purulentes et cette expectoration a amené un peu d'amendement des symptômes. Gêne fonctionnelle considérable. Pas de sucre dans les urines. Langue tuméfiée, épais enduit blanchâtre. Au contact de l'organe, ulcération grisâtre irrégulière, anfractueuse d'une grandeur un peu moindre que celle d'une pièce de cinquante centimes. Avec le stylet, on pénètre d'environ

2 cm., en se dirigeant en arrière. Pas de ganglions. Salivation très abondante.

Le 8 août, je détache une escharre grisâtre de la grandeur d'une pièce de deux francs et d'une épaisseur d'environ 3 mm. Son ablation laisse à découvert une ulcération à fond rose, mamelonné, à bords irréguliers et souples, d'une profondeur de 5 à 6 mm. Les jours suivants, cette ulcération s'étend, je détache quelques escharres, de telle sorte que le 16 août elle comprend une bonne moitié de la face dorsale de la langue. Pour arrêter ce processus, le 17 août, je cautérise fortement au nitrate d'argent les bords nettoyés de l'ulcère. Les jours suivants, la tendance à l'extension, bien que diminuée, se manifeste encore par endroits. Le 21 août, seconde cautérisation. Cette fois le travail ulcératif est enrayé. La réparation commence et est complète au bout de vingt jours.

OBSERVATION VIII

(Publiée par MM. DUNET et MICHON dans la *Revue de chirurgie*, 1923)

Femme de cinquante-six ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 21 novembre 1921 pour une petite grosseur du bord marginal gauche de la langue, à 5 cm. environ de la pointe, de la grosseur d'une petite noisette, et apparue depuis trois semaines environ.

Dans les premiers jours, la petite tumeur a augmenté lentement de volume, puis s'est mise à croître très rapidement dans les jours précédant l'entrée à l'hôpital.

A l'entrée, elle présente les signes suivants : elle est arrondie, superficielle et nettement fluctuante sans aucune trace d'induration périphérique; pas de ganglions; pas de température; aucun signe fonctionnel.

L'interrogatoire ne révèle aucune notion étiologique

digne d'intérêt : ni piqûre, ni ulcération par dent cariée, ni infection buccale.

On fait le diagnostic d'abcès : une ponction avec une petite aiguille ramène du pus.

Anesthésie locale par infiltration à l'allocaine.

Une incision de 2 cm. environ évacue 5 cm³ de pus jaunâtre assez bien lié. A l'aide d'une petite curette, on retire quelques fongosités qui seront examinées histologiquement.

La guérison s'obtient en huit jours de la façon la plus banale, sans suppuration, et la malade, dont on a pu avoir des nouvelles récemment (janvier 1923), n'a jamais présenté ni récurrence, ni trouble fonctionnel.

L'examen du pus par étalement a montré la présence de nombreux polynucléaires déformés et de nombreux cocci.

OBSERVATION IX

(Publiée par le Docteur MICHON, *Lyon Médical*,
janvier 1926)

M. M..., 35 ans. Ayant pris un vertige après un repas, tombe et dans sa chute se mord la langue. Aucun phénomène anormal pendant 48 heures. C'est le troisième jour que la langue se met à enfler et à devenir douloureuse. En même temps, la déglutition et la parole sont gênées. Le quatrième jour, ces symptômes s'accroissent et la température monte à 39°2.

Le cinquième jour, état fébrile assez marqué, peau chaude, pouls rapide, sueurs. Il souffre de la langue, à droite surtout.

L'élocution est très gênée, la déglutition pénible et la salivation exagérée.

L'examen montre la langue tuméfiée, immobile, figée dans sa moitié droite sans mouvements fibrillaires. On constate une tuméfaction arrondie du volume d'une

cerise, localisée à la partie moyenne droite; la pointe est libre, la base l'est également.

Aucune plaie n'est visible.

La tuméfaction est dure, douloureuse au palper.

La fluctuation est nette.

La dentition est mal entretenue, quelques ulcérations muqueuses, abondants dépôts de tartre.

Il n'existe absolument pas de trismus.

Pas d'adénopathie. On décide l'incision de l'abcès pour le lendemain.

Dans la nuit, l'ouverture spontanée se fait et il s'écoule du pus franc. Le lendemain, malgré une ponction négative faite dans la poche, on juge prudent après anesthésie locale d'inciser la langue en deux points, sur les faces supérieure et inférieure. L'expression fait sourdre quelques débris purulents. On passe en séton un gros fil de soie noué en anse qu'on laisse 48 heures.

Conclusions

I. — Comme l'abcès superficiel de la langue, l'abcès profond, cliniquement plus intéressant, est le stade terminal d'une glossite parenchymateuse. Le traumatisme, rarement évident, souvent minime et méconnu, joue un grand rôle dans l'étiologie, en ouvrant, dans la muqueuse, une porte d'entrée aux micro-organismes.

II. — La charpente fibro-aponévrotique de la langue, divisant la masse musculaire en deux loges, explique l'unilatéralité habituelle de l'abcès. Par suite de la texture très serrée de l'organe, le pus éprouve de la difficulté à se collecter, d'où l'intensité des douleurs.

III. — Les abcès superficiels n'entraînent que des signes locaux ou généraux restreints ; les abcès profonds ont une symptomatologie à grand fracas et, parfois, une allure dramatique (asphyxie menaçante, douleurs atroces).

IV. — La même opposition se retrouve dans l'évolution : les premiers se dirigent rapidement et facilement vers la surface, les seconds tendent à l'enkystement. Seuls les abcès profonds peuvent avoir des

complications redoutables par les progrès de l'infection ou ceux de l'asphyxie.

V. — Le diagnostic positif est, en général, facile; évident pour les abcès superficiels, il s'appuiera, pour les abcès profonds, sur les signes fonctionnels et objectifs souvent très intenses. Le diagnostic différentiel, aisé aussi le plus souvent, pourra être aidé, ainsi que la recherche de la localisation, par la ponction exploratrice.

VI. — L'intervention devra être pratiquée rapidement, quelquefois d'urgence, dès que le diagnostic d'abcès collecté est posé. L'intervention par la voie cervicale assurerait au mieux le drainage au point déclive, mais expose aux infections des tissus cellulaires du cou et aux cicatrices disgracieuses; aussi devra-t-on, le plus possible, lui préférer la voie buccale et s'assurer, dans les jours suivants, de la facile évacuation de la cavité.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	LANNOIS.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 Novembre 1927.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

Bibliographie

- CAULIER. — De la glossite profonde aiguë. *Thèse Paris*, 1884-85.
- COMBIER et MURARD. — Les abcès de la langue. *Presse Médical*, 13 septembre 1922.
- CUVILLIER et QUIRIN. — Un cas de glossite aiguë suppurée. *Archives internationales de laryngologie*, 1923.
- DELANNOY. — Phlegmon de la langue. *Archives Internationales de laryngologie*, 1923.
- DUNET, BARBIER, POUZET. — Abcès profond de la langue. *Lyon Médical*, 14 août 1927.
- DUNET et MICHON. — Les abcès de la langue. *Revue de Chirurgie*, 1923.
- DUPÉRIER. — De la glossite profonde aiguë. *Thèse Paris*, 1906-07.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de Chirurgie*.
- GAUTHIER. — Hémiglossite parenchymateuse gauche suppurée. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 1880.
- HÉLARY. — Note sur un cas d'abcès de la base de la langue. *Annales des maladies de l'oreille*, 1892.
- KAUFMANN. — Des abcès chauds de la langue. *Revue hebdomadaire de laryngologie*, 7 novembre 1903.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie*.
- MICHON. — Abcès de la langue. *Lyon Médical*, janvier 1926.

- MOSCOURT. — Un cas de glossite phlegmoneuse. *Gazette des Hôpitaux*, 21 mars 1903.
- PÉTRIDIS. — Un cas d'abcès de la langue. *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris*, juillet 1922.
- PRINCETEAU. — Abcès du plancher de la bouche propagé secondairement à la langue. *Journal de Médecine de Bordeaux*, janvier 1911.
- RECLUS, KIRMISSON, PEYROT et BOUILLY. — *Manuel de pathologie externe*.
- SAENTZ. — La glossite profonde aiguë. *Thèse Montpellier*, 1906.
- TEXIER et LÉVESQUE. — Sur un cas d'abcès de la base de la langue chez un nourrisson. *Revue de stomatologie*, 1923.
- TESTUT et JACOB. — *Traité d'anatomie topographique*.
- THIÉBAUD. — Etude sur la glossite parenchymateuse aiguë. *Thèse Paris*, 1894.
- VALÉRIIS. — Deux cas d'abcès de la langue. *Brazil Médico*, 11 octobre 1924.
- WILENSKY et HARKAVY. — Abscess of the tongue. *Annals of Surgery Philadelphia*, 1923.
- YVES. — Les abcès et les œdèmes aigus de la langue. *Archives de Médecine et de Pharmacie Navales*, 1926.

